

FORMULARIO DE RESPUESTA DEL RECLAMANTE

Claim No. 47547

Creditor Name: COLON RIVERA, MARITZA

(1) Nombre Completo	Marietta Colon Rivera
(2) Número de teléfono	(787) 406-6397
(3) Número de empleado	Redacted
(4) Agencia para la cual trabaja(ó) y fecha. Si usted fue empleado en más de una agencia, por favor identifique la agencia o agencias relacionadas a su reclamación y las fechas en que estuvo empleado por cada agencia.	Ciclonelectracsit Sistemas Retiro E.L.A 1 Sep 1984 - 31 dic 2016
(5) Correo electrónico	maritza.colon.rivera@gmail.com
(6) Número de seguro social (últimos cuatro dígitos)	XXX-XX-8849
(7) Número de caso administrativo o judicial, si aplica.	Incluya número de caso administrativo y/o judicial, si alguno, que haya radicado y que esté directamente relacionado a los beneficios reclamados en la Evidencia de Reclamación (Proof of Claim)
(8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al beneficio reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario.	Ver documentos adjuntos  Desde que comencé a trabajar en el D.R. de Pensionados. En Nov. 2009, me cambiaron para la D.R. de Participante. Hacer un trabajo del cual no tenía conocimiento y sin ningún adiestramiento previo. Yo habíais enviado los documentos por entender que era un Quiebre en Mi puesto

\*\*\* Attach any supporting documentation you may have related to your claim. \*\*\*



170328300189837